SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 17 y 14 minutos.)

-La Comisión de Salud Pública tiene el gusto de recibir al doctor Roberto Suárez -médico con amplia experiencia en esta área-, a los efectos de continuar con la consideración del proyecto de ley sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida.

Como los señores Senadores recordarán, dedicaremos el día de hoy a audiencias solicitadas o sugeridas en la Comisión.

SEÑOR SUÁREZ.- Muchas gracias por la invitación. Para mí es importante poder asistir a esta Comisión porque hay elementos sobre los que me gustaría informar. Trataré de ser lo más breve y claro posible.

La experiencia que puedo aportar fundamentalmente sobre el tema de reproducción humana asistida de alta complejidad, tiene que ver con que hace tres años aproximadamente pude llevar adelante el primer escalón de tratamientos sin costos para pacientes de ASSE. Hace tres o cuatro años -reitero- tuve una idea y fui a trasmitirla al Directorio de ASSE de ese momento. Se formó un grupo para trabajar en ese sentido -el cual lo hizo de forma satisfactoria-, que empezó a funcionar en el hospital de Las Piedras. A su vez, cabe destacar que el Hospital puso mucho de sí para que saliera adelante.

En dos años atendimos aproximadamente a mil parejas, y pudimos advertir la problemática que enfrentan las mismas al no acceder a estos tratamientos, desde el punto de vista de los costos de los procedimientos. Debo señalar que es una problemática particular. Inclusive, pudimos constatar la soledad que sienten esas parejas por lo que representa no poder llegar a lograr un embarazo durante ocho, nueve, diez o quince años de constante búsqueda. Por eso, es bueno poder informarles que hicimos cerca de cien fertilizaciones in vitro totalmente gratuitas para las parejas que se asistieron en esa policlínica, que las tasas de embarazo son por cierto muy buenas y que utilizamos medicación de primer nivel, o sea, la misma que se utiliza en los tratamientos particulares.

El nivel de los tratamientos fue muy bueno y sus informes están en la órbita del Ministerio de Salud Pública -concretamente, en ASSE-, pues me ocupé de que les llegara a todas las autoridades.

Debido a un tema de costo y por el hecho de que al no existir una ley es muy complejo que el Estado se involucre en estos tratamientos -lo que es lógico y comprensible-, se prefirió hacer un *impasse.* En el momento en que se me transfirió esa responsabilidad planteé a otros centros la idea de realizar estos tratamientos en conjunto, pero en ese entonces se optó por que quien habla siguiera haciéndolos en forma individual.

Es así que, de una lista que yo había elaborado, quedó un grupo de ciento cincuenta parejas, con las que estamos trabajando en nuevos tratamientos. O sea que hablo de esas parejas que, diría, quedaron en suspenso.

Debo aclarar que se invitó a diferentes clínicas para la realización de estos tratamientos, pero en los hechos los estamos haciendo nosotros, aunque algunos están a cargo de la Asociación Española.

De todas formas no es una solución real tomar un grupo de personas para darles la posibilidad de hacer el tratamiento.

La reproducción humana asistida es un tema muy complejo tanto a nivel mundial como nacional. Nosotros no tenemos datos estadísticos de cuántas personas en el Uruguay necesitan tratamiento para la reproducción o tienen determinados problemas. De todos modos, si traspolamos los datos internacionales y de América Latina, podemos decir que el 18% de los uruguayos y las uruguayas que están en el período reproductivo tienen un problema que es leve, moderado o severo relacionado con la reproducción. Por tanto, estamos hablando de un número realmente importante.

Otra información relevante tiene que ver con que cuanto antes captemos a la pareja, sobre todo al integrante femenino, los tratamientos serán más efectivos, más simples y menos costosos.

Podría decirse, entonces, que esto es una especie de cadena. Al principio, un programa de reproducción puede ser muy costoso y engorroso, porque estamos encarando un problema que tiene quince años de atraso, pero no tengo dudas de que si esto empieza a funcionar y, al mismo tiempo, se instrumentan planes de prevención -que existen- cada vez será menos complejo.

La reproducción humana asistida moderna no se circunscribe específicamente a los tratamientos de fertilización in vitro. Hoy podemos decir que eso es una punta de la reproducción humana asistida. Pero hay dos caminos muy importantes que no se pueden dejar de encarar -he leído el proyecto de ley que se está considerando-, que son la vitrificación ovocitaria y la genómica. No podemos dejar de lado estos dos caminos, que a nivel mundial son la *vedette* de la reproducción; debemos analizarlos porque, de lo contrario, serán elementos que luego no van a estar incluidos y habrá que tenerlos en cuenta.

La vitrificación ovocitaria es todo un nuevo sistema de congelamiento de tejidos y células que nos permite, una vez descongelados estos, que su calidad sea igual que la de las células frescas. ¿Qué nos permite eso? Un gran camino de atención a mujeres que quieren posponer su maternidad porque hoy están dedicándose a su parte profesional, o simplemente porque desean postergarla, pero luego las estamos captando con una edad en la cual el logro de esa maternidad se convierte en un tema muy complejo. Sin embargo, hoy podemos poner lo que está en boga a nivel mundial en materia de reproducción, la vitrificación ovocitaria; este es un elemento que se viene y que nos va a permitir hacer prevención en lo que tiene que ver con el envejecimiento ovocitario.

Al mismo tiempo, estos tratamientos de vitrificación ovocitaria también están siendo planteados a nivel mundial para las pacientes que van a ser sometidas a un tratamiento oncológico, de quimioterapia o radioterápico, por lo cual es muy importante ver si pueden o no ser incluidos en esta ley.

Asimismo, hoy la genómica está siendo muy importante, porque hay que tener en cuenta que en la actualidad aproximadamente la mitad de las pacientes que se hacen un tratamiento de fertilización in vitro están logrando embarazos. Por supuesto que esto no quiere decir que ese 50% de embarazadas logre dar a luz un ser con vida, pues también en estos casos hay pérdidas de embarazos; pero el embarazo en sí por esta vía lo logra prácticamente la mitad de las mujeres. Si consiguiéramos que esa efectividad sea aun mayor, entonces los programas de reproducción humana asistida a nivel gubernamental y estatal también serían más simples de instrumentar, porque los tratamientos serían menos repetitivos en las pacientes. Hoy la genómica está permitiendo eso: los diagnósticos genéticos de preimplantación. Está siendo todo un gran camino el tema del diagnóstico genético por Arraiz. Hace unos seis o siete años se pudo desplegar el ADN completo y hoy, mediante diagnóstico genético por Arraiz, podemos hacer uno en los embriones antes de transferirlos de todo su ADN. Esto lo estamos haciendo hace aproximadamente unos seis o siete meses. Somos centro de referencia a nivel de América Latina; diferentes centros de Argentina y Chile nos están mandando las células embrionarias de pacientes para poder hacer el diagnóstico y así tener más efectividad en los tratamientos. Esto es con respecto a lo que se podría agregar como elemento a una futura ley de reproducción humana asistida. Hoy existen esos elementos en la mayoría de las leyes sobre reproducción humana asistida a nivel internacional y no debemos dejarlos de lado.

En lo que tiene que ver con el acceso de las parejas, lo que les puedo decir es que no quiero involucrarme emocionalmente en el tema porque diariamente estoy con las que necesitan este tipo de tratamiento y realmente están sufriendo. Y si les decimos que esto va a estar pronto dentro de un año o año y medio les va a provocar un sufrimiento tremendo, porque saben que la edad de la mujer influye tremendamente en los tratamientos y en sus resultados. Por lo tanto, no es sencillo decirle a una pareja: "Esperá que dentro de un año y medio vamos a poder sacar esto". En ese sentido, es una situación muy compleja. La mujer, promedialmente, nos consulta por primera vez a los 36 años, lo cual es un disparate. Nosotros en un momento pensamos que la fertilidad femenina caía a partir de los 35 años, pero desde hace unos años ya se sabe que empieza a caer levemente a partir de los 30, y en los últimos informes que tenemos se piensa que la fertilidad femenina puede estar cayendo ya a partir de los 27 o 28 años. Imagínense que estoy dando esta noticia y, al mismo tiempo, les digo que el promedio de edad de la primera consulta de las mujeres uruguayas en los centros de reproducción es a los 36 años.

Entonces, a esto me refiero cuando digo que al principio puede asustar mucho introducir una ley de reproducción asistida, y lo noté en Las Piedras, porque abrimos la policlínica y no dábamos abasto. Iba pensando que estaría allí unas dos horas y terminaba permaneciendo cuatro horas porque las pacientes iban sin número, sin haber solicitado hora, y decían: "Por favor, doctor véame", por lo que uno no se podía ir.

Por lo tanto, el tema es complejo pero, de todas formas, hay planes de prevención si tenemos en cuenta estos elementos, y luego empieza a haber una especie de autorregulación del problema, por lo que creo que tendríamos que hacer el esfuerzo.

Con respecto a la iniciativa en cuestión y, en particular, a la Comisión Honoraria que se pretende formar, debo decir que ello me parece muy lógico y muy correcto, aunque admito que no entiendo algunos elementos como la presencia en ella de un integrante de la universidad privada de Punta del Este. Esto no lo comprendo porque la única universidad privada de Medicina que hay es la de Punta del Este; no entiendo su representación ahí, como tampoco por qué tiene que haber un integrante en representación de la Facultad de Derecho privada. No quiero decir que esto esté mal sino, simplemente, que no lo comprendo; de repente, si alguien me lo explica es posible que lo entienda.

Creo que esta Comisión tiene que ser lo más ejecutiva posible. A veces, las Comisiones de ocho o nueve miembros son complejas y más si, como en este caso, tendrá que definir si una pareja recibe o no un tratamiento de fertilización in vitro.

Además, me parecería adecuado que los responsables de hacer esos tratamientos -que terminaremos siendo los centros privados o públicos, si es que existen-, tuvieran allí un representante, al igual que la Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana.

Estoy tratando de ser lo más concreto posible en estos quince minutos de que dispongo para hacer mi exposición.

También me pregunto si no sería conveniente que hubiera un representante de los usuarios en esa Comisión; no se trata de cualquier tipo de usuarios, sino de personas que vienen luchando durante años por este tema de la fertilización in vitro y que han aprendido tanto de él que hasta me resulta más fácil hablar con ellas que con un médico. Precisamente, de fertilización in vitro entienden mucho más esas personas que un médico y, además, comprenden el problema. Por lo tanto, también me pregunto si no sería bueno que algún representante de los usuarios integrara esa Comisión. No sé si todos no estamos en este momento aquí por la fuerza que esas personas han hecho durante años por lo que, reitero, me pregunto si no sería más correcto que estuvieran representadas.

Otro tema del que también quiero dar mi opinión tiene que ver con la edad de las pacientes para hacerse estos tratamientos. Muchas veces existen reglamentaciones referidas a reproducción asistida a nivel mundial y es verdad -como he escuchado decir a miembros del Ministerio de Salud Pública- que luego de los 40 años el tema es complejo porque la relación costo-beneficio realmente es complicada. Las tasas de embarazo pueden ser de un 20% respecto a un costo que es todavía mucho

mayor que el de una fertilización in vitro que se hace una mujer que, de repente, tiene 25 o 30 años; esto es, principalmente, debido a la gran cantidad de medicamentos que se utiliza.

El tema es que ese grupo de mujeres de 40 años o más no son un 2% o 3% sino un 30% o más de las pacientes que asistimos y, por lo tanto, sesgar esta ley a esa edad, en este momento estaría dejando una gran cantidad de personas afuera.

Me pregunto si, de repente, no tendríamos que contemplar a este grupo de pacientes que viene luchando desde hace años y que pide que el límite de edad no sobrepase la suya para así, por ejemplo, trasmitir una respuesta a todas las mujeres que ahora tienen 40 años pero que empezaron a "pelear" por este tema hace cinco o seis años, es decir, con 33 o 34 años de edad.

Ese era otro elemento al que me quería referir y que escuché en la prensa en estos días.

En suma, mi intención no era venir a explicar temas de reproducción asistida, sino decir que pude tener la experiencia correspondiente y sé que los pacientes son espectacularmente decentes y buenos en cuanto al tema de la fertilización in vitro. Ningún paciente me dijo que no podía pagar nada sino que, por lo general, dicen algo así como: "Yo puedo aportar algo, de repente, no puedo pagar US$ 6.000, pero tal vez si me dan un copago y me dan la medicación, puedo pagar $ 20.000 o $ 25.000".Por lo tanto, también me planteo que hay soluciones. Por ejemplo, una vez hice la cuenta de la cantidad de anticonceptivos que se vendían en el Uruguay y pensé que si a cada caja se le pusiera $ 10, cubriríamos la fertilización in vitro que estamos necesitando o que si se pone un copago a esas pacientes que muy decentemente dicen: "Doctor, yo puedo pagar esto", también se llegaría a ese número.

Es verdad que estamos hablando de números importantes y quizás son varios millones de dólares por año para el Uruguay, pero yo no me olvido de lo que dijo hace tres o cuatro años el Presidente Mujica cuando recién empezó su mandato, en el sentido de que uno de los principales y más graves problemas que tiene este país es su natalidad, y que en eso nos iba la vida como país. Por lo tanto, creo que el problema es entendible, porque no es cualquier problema y porque involucra a cientos de miles de uruguayos. Se trata de un problema grave, porque además requiere una ejecutividad en el tiempo, ya que es complejo decirle a una mujer que espere seis meses más cuando hace más de cinco años que espera.

Entonces, existen los planes de prevención en la reproducción asistida y realmente pueden ser provechosos, porque podemos empezar a limitar la cantidad de pacientes, pero hay que ponerlos en práctica. Mi idea era explicar estas cosas en el tiempo que la Comisión me ha proporcionado.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos su intervención, pero estamos un poco en el límite del tiempo. ¿Algún otro miembro de la Comisión quiere formular una pregunta?

SEÑOR GALLO.- Sabemos que uno de los requisitos que hay es el tema de la edad y la discusión que hay al respecto. Pero en cuanto a la accesibilidad a este tipo de técnicas me gustaría saber cuáles serían a su criterio los requisitos en materia de parejas y a qué tipo de parejas o de mujeres solas, tal como se menciona al comienzo del proyecto de ley.

SEÑOR SUÁREZ.- Concretamente, considero que no hay que dejar de lado a las mujeres solas. Esa es mi opinión personal en un tema filosófico, pero creo que lo ideal para un niño que recién nace es tener una madre y un padre. A veces los tiene, pero no cumplen el rol adecuado. Hay mujeres solas que han sido madre y padre al mismo tiempo y que lo han hecho mejor que si el niño los hubiera tenido a los dos. Por lo tanto, mi posición desde el punto de vista filosófico y práctico de las cosas que he visto, es que no habría que desamparar a las mujeres solas con respecto a este proyecto de ley de reproducción asistida.

Creo que el tema es mucho más sensible cuando se refiere a las parejas. Me parece que necesitamos la ayuda de una Comisión formada por psicólogos y psiquiatras que nos expliquen bien cómo tendría que ser el desarrollo de un niño producto de parejas de diferente sexo comparado con el

de parejas del mismo sexto y ahí habría que evaluar. No tengo una opinión formada tan tajante como en el tema anterior, porque tengo dudas y creo que habría que estudiar mucho más el tema cuando se trata de parejas del mismo sexo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos su visita y la información que nos ha brindado.

(Se retira de Sala el doctor Roberto Suárez.)

(Ingresa a Sala la Directora de la organización “Mujer y Salud del Uruguay” -MYSU-, Lilián Abracinskas.)

-La Comisión de Salud Pública, que tiene a estudio el proyecto de ley de Técnicas de Reproducción Humana Asistida, recibe con mucho gusto a la Directora de la organización “Mujer y Salud del Uruguay” -MYSU-, señora Lilián Abracinskas.

De acuerdo con la metodología de trabajo que hemos adoptado, cada visitante dispone de quince minutos, por lo que pedimos que la exposición a realizar no insuma más de doce o trece minutos, a los efectos de que después podamos formular alguna pregunta o solicitud de aclaración.

SEÑORA ABRACINSKAS.- Buenas tardes a todos.

Ante todo, quisiera corroborar que la versión acordada, sobre la que voy a hacer algunos comentarios, es la del 27 de junio de 2013.

SEÑOR PRESIDENTE.- Por supuesto.

SEÑORA ABRACINSKAS.- Perfecto.

Seguidamente, agradezco la invitación que se nos ha hecho.

Como los señores Senadores saben, la organización “Mujer y Salud en Uruguay” no se especializa en el uso o implementación de las técnicas de reproducción asistida -no es ese nuestro abordaje-, sino que monitorea política pública, de modo que ha promovido la adecuación -tanto legal como sanitaria- de la norma en el país, a fin de ir avanzando hacia la generación de condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas. Es con ese abordaje que desde hace muchos años -casi tantos como los que el Parlamento ha estado discutiendo iniciativas sobre técnicas de reproducción asistida- hemos venido haciendo nuestras contribuciones y viendo

cómo el país avanza en términos de normativa en este campo -que también tiene que ver con la salud y los derechos reproductivos de las personas-, más aun cuando tanto ustedes como nosotros sabemos que las técnicas de reproducción asistida se han implementado desde hace mucho tiempo, sin que existiera una normativa al respecto.

Por otro lado, nos parece bien importante que en este nuevo Período Legislativo se adecue el texto de este proyecto de ley a fin de subsanar algo que siempre ha ocurrido con las iniciativas en esta materia: han sido discutidas en forma separada de otros aspectos del campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Eso es un error que debería subsanarse en este proyecto de ley, buscando armonizarlo con la última legislación que el Parlamento -y, en definitiva, el país- ha venido promulgando, al menos, en los dos últimos Períodos Legislativos; me refiero, por ejemplo, a la recientemente promulgada Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, Nº 18.987, y también a la Ley Nº 18.426, “Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva”, del año 2008. En esta última norma el país reconoce que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos; por lo tanto, debe garantizarse a todas las personas la posibilidad de ejercer esos derechos y acceder a los distintos campos de la salud en igualdad de condiciones. Si no hay acceso en igualdad de condiciones -en este caso, para el acceso a la tecnología vinculada a esta perspectiva-, el ejercicio del derecho se vuelve un abstracto.

Más allá de insistir en la armonización de la iniciativa, desde el comienzo debo decir que este es el mejor texto sobre reproducción asistida que he leído en los últimos años, o sea que, indudablemente, se ha mejorado mucho y se han recuperado los aportes hechos por distintos actores en los últimos años.

En ese sentido, creo que reconoce la diversidad de orientaciones sexuales e identidades de género en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, así como también el matrimonio igualitario, la no discriminación por razones de ningún tipo, los derechos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, la responsabilidad de usuarios en la salud y la creación y funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud. Con esto quiero decir que este proyecto de ley avanza, ubicando la infertilidad no solo como un problema de pareja, sino como un problema de individuos que tienen orientaciones o identidades de género diversas o comportamientos y conductas sexuales con determinadas características, pero eso no debería impedirles el ejercicio de la vida reproductiva por otras vías que no sean las “tradicionales”. En proyectos anteriores no se habilitaban estas técnicas a mujeres solas o a parejas homosexuales pero, en este caso, creo que está subsanado el problema, aunque más adelante realizaré algunas sugerencias porque hay partes del texto del proyecto de ley que son confusas o muestran algunas discrepancias en el planteo.

También quiero decir que creo que el proyecto de ley atiende, justamente, aquellos aspectos más complicados de la regulación de las técnicas de reproducción asistida. Uno de ellos es el acceso a los beneficios del desarrollo tecnológico para todas las personas en el campo de la vida reproductiva. Me parece que esta era una deuda pendiente porque hoy en el mercado solo pueden acceder a las técnicas más complejas de reproducción humana asistida, quienes tienen una alta capacidad de pago por el costo de las mismas. Por otro lado, es importante porque atiende el derecho al ejercicio de las paternidades y las maternidades de hombres y mujeres diversos, facilitando también el acceso a estas técnicas por parte de mujeres solas.

Entiendo que el tema relativo a la gestación subrogada es algo complejo, pues tiene que ver con prestar el cuerpo para que otros puedan ejercer la paternidad. En ese aspecto, vemos que el proyecto de ley se acerca bastante, aunque todavía no lo resuelve.

Otro aspecto que nos parece importante es el de controlar el uso de las técnicas de reproducción humana asistida, dando un marco de principio bioético y clínico, pues es uno de los problemas existentes. Las clínicas existen y las prácticas se dan pero no hay marcos de control éticos, bioéticos, científicos ni clínicos.

Por último, se debe asegurar la salud de las personas frente al desarrollo tecnológico, algo a prestar atención en el tema de la reproducción e intervención tecnológica en la reproducción humana. Todos tenemos muy presente el libro de ciencia ficción, "Un mundo feliz", de Aldous Huxley, por ello es necesario que determinemos como sociedad cómo y entre quiénes se definen los límites del control de la intervención tecnológica sobre la reproducción humana. Al respecto, creo que hay algunas debilidades en el proyecto de ley.

También nos parece -y lo acordamos, como muchas otras organizaciones- que sería muy importante que en este período legislativo se pudiera dirimir una ley que resolviese, por lo menos en principio, el control y la implementación de las prácticas que ya existen en el país y que adolecen de este control.

Ahora voy a pasar a plantear algunas sugerencias. Para que sea más fácil las ordené en función del articulado del proyecto de ley. En principio y como sugerencia general, debo decir que no nos parece conveniente -y no ha sido muy útil lo elaborado así en las últimas legislaturas- redactar leyes muy instrumentales, es decir que los textos de la ley determinen aspectos que deberían ser resueltos por la reglamentación. ¿Por qué digo esto? Porque toda ley tiene mucha más dificultad para ser modificada que el desarrollo científico o el control de este. Por ejemplo, en el artículo 3º se plantea la prevención de la infertilidad, pero es obvio que la prevención de la infertilidad debería estar en el marco de todos los actos de promoción y prevención de salud y, por ello, no tiene mayor sentido ponerlo acá. Lo mismo ocurre con establecer que tiene efectos nocivos la postergación del primer embarazo más allá de la tercera década de vida.

Hoy por hoy, si hay algo que ocurre en el país es que las mujeres postergamos cada vez más la maternidad entre otras cosas, porque adolecemos de sistemas de cuidados adecuados que nos permitan armonizar vida productiva y vida reproductiva y no necesariamente son embarazos complejos. Por lo tanto, una sugerencia de este estilo dejaría rápidamente fuera de contexto, el proyecto de ley.

El artículo 4º -quisiera que los señores Senadores lo confirmen- refiere a la cobertura del Fondo Nacional de Recursos para las técnicas de alta complejidad, y planteo una pregunta. Cuando el artículo establece: "la realización de los procedimientos terapéuticos", ¿estamos asegurando el acceso a todas las técnicas? Si así fuera debería sugerirse cuántas, hasta cuándo y en qué condiciones, el Fondo Nacional de Recursos apoyaría el acceso a este tipo de técnicas; además, hay que poner un límite a lo que se ha denominado como la encarnización de acceder a la técnica por la compulsión de tener un hijo biológico de la pareja. Esto es objeto de discusión porque hay que saber poner límite a esta sensación, ya que también existe la posibilidad de adopción.

El artículo 5º que define la infertilidad es contradictorio porque no solo hay mujeres lesbianas, sino que hay mujeres que no tienen relaciones sexuales y quieren utilizar estas técnicas. No puede definirse que solo será considerada como infertilidad la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de doce meses o más de relaciones sexuales no protegidas. Si yo no tengo una pareja sexual confiable, no tendré relaciones sexuales no protegidas. Las mujeres que no tienen contacto o vida sexual también deberían tener este derecho, y esta definición de infertilidad las estaría excluyendo.

Con respecto al inciso a) del artículo 6º, cabe señalar que plantea un problema. La creación de los equipos de salud sexual y reproductiva en el Sistema Nacional Integrado de Salud es muy reciente, data del 2011. Dichos equipos no están debidamente formados ni garantizados en todas las instituciones. Además, en ellos se siguen depositando responsabilidades que no siempre están en condiciones de cumplir. Creo que debería tratarse de ser más armónico con el sistema y sus condiciones para que efectivamente se puedan implementar las funciones asignadas al equipo de salud sexual y reproductiva; de lo contrario, estamos generando equipos que no tienen las condiciones adecuadas para cumplir con lo que establece la ley.

En cuanto al inciso b), si se quiere garantizar la no trasmisión de enfermedades genéticas o hereditarias también debería controlarse al donante masculino ya que solo se trata de garantizar que la mujer que acceda a la técnica no trasmita ese tipo de enfermedades. Hay que tener en cuenta que estas enfermedades también pueden provenir por el aporte de esperma del donante o del otro integrante de la pareja, por lo que debería ser incluido.

Volviendo al punto anterior, como sugerencia de texto para el artículo 5º planteamos que se incluya como definición de infertilidad la imposibilidad de reproducirse tanto de personas solas como de parejas. La imposibilidad de reproducirse puede abarcar múltiples y diversas situaciones.

Con relación al inciso d) del artículo 6º, la redacción debe contemplar a las distintas posibles personas que accedan a las técnicas y no solo a los miembros de la pareja. Puede ser una mujer sola y un donante y también, en esos términos, alguien que realmente acceda a portar el embrión de otra pareja, lo que está considerado más adelante en el articulado.

El artículo 7º debe contener las mismas condiciones que se plantean en la ley de interrupción voluntaria del embarazo que acaba de sancionar este Parlamento, es decir, hasta las 12 semanas o 14 semanas, y cuando hay riesgo de vida, en cualquier momento del embarazo. En ese sentido, repito, sugerimos que se sigan los mismos criterios aplicados en la Ley Nº 18.987.

El segundo párrafo del artículo 8º no es claro porque no se sabe si en realidad lo que se está impidiendo es que la pareja del fallecido pueda usar un embrión concebido previamente.

SEÑOR GALLO.- No sé si estamos mirando el mismo proyecto de ley.

SEÑORA ABRACINSKAS.- Estoy leyendo el proyecto de ley del 27 de junio de 2013. En este caso, el inciso segundo del artículo 8º dice: "La mujer no podrá ser inseminada con el semen ni recibir por implantación embriones, provenientes de su pareja sin que ambos integrantes de la misma ratifiquen por escrito su consentimiento al momento de realizarse la técnica". O bien se refiere a la pareja del difunto -y en este caso tiene que ser más clara la redacción- o de lo contrario puede ser interpretado como que si no se tiene una pareja que esté acorde con la inseminación, no podrá ser implantado el embrión. Tiene que quedar claro que es del difunto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Le pediría que se concentrara en los temas prioritarios porque ya estamos en el tiempo que estaba previsto para escucharla y tenemos otras delegaciones que están esperando para ser recibidas; de cualquier manera, podemos hacer una extensión del plazo.

SEÑORA MOREIRA.- Ella está haciéndolo bien al comentar artículo por artículo. Me parece que es correcto que lo siga haciendo así porque es lo que más le sirve a la Comisión.

SEÑORA ABRACINSKAS.- Hemos hecho precisiones solo en aquellos temas que nos parecieron sustantivos y donde podíamos hacer aportes desde nuestra perspectiva.

En cuanto al artículo 9º, tenemos una preocupación. A nuestro juicio, este proyecto de ley adolece de un problema y es que no establece estándares de calidad ni control de las clínicas o centros que realizan las técnicas. En ningún momento se establecen los estándares básicos de eficiencia y eficacia que debe tener un centro para poder prestar estas técnicas. En este caso, el artículo 9º no debería remitirse a cuántos embriones pueden trasplantarse sino a los niveles de eficacia que deben tener los centros que aplican las técnicas para que efectivamente se trasplanten solo los embriones necesarios para lograr el cometido de "hijo vivo en casa". Esto no está garantizado en este artículo. El hecho de decir cuántos embriones se deben transferir no salva la preocupación que tenemos en cuanto a cómo podemos asegurar que las personas o parejas que accedan a estas técnicas tengan niveles de eficacia garantidos en los centros a los que concurran. De alguna manera, repito, esto debería estar contemplado.

En el artículo 11 no entendemos por qué no se incorpora la donación de embriones. Si se reconoce que frente a un embarazo no deseado una mujer puede dar su hijo en adopción, y en este caso hay mujeres que han recurrido a la técnica y tienen embriones que han sido supernumerarios en relación a los trasplantados, ¿por qué no se tiene en cuenta la posibilidad de dar en donación también a los embriones? Sé que es complejo, no debería ser obligatorio, pero en realidad tendría que existir la posibilidad de la alternativa.

Por otro lado, en el artículo 17 hay un conflicto que siempre se presenta en estos proyectos de ley; me refiero al derecho a la identidad que tienen las personas nacidas por estas técnicas. Una cosa es la confidencialidad del donante y otra el derecho al conocimiento de la identidad. Estimo que en ese caso debería darse el mismo tratamiento que se da a las personas que han sido adoptadas, que siempre tienen el derecho a conocer su identidad. En este caso sugerimos tratar de subsanar este inconveniente por ese lado.

Con respecto a la gestación subrogada, entendemos la preocupación que existe a fin de garantizar que mujeres pobres no sean utilizadas en la contratación de su útero para satisfacer las necesidades de maternidad y de paternidad de otros, pero existe un límite y es mi derecho, como mujer, a poder decidir portar el embarazo, por ejemplo, de una pareja de amigos homosexuales o de una pareja de personas que no pueden tener hijos. De hecho lo podría hacer a través de una inseminación artificial o por vías naturales. Hay un límite entre el control para que la gestación subrogada no sea un bien a contratar o una mercantilización del cuerpo de las mujeres -me parece muy bien que sea preocupación de una ley en estas relaciones- y el derecho a decidir sobre un cuerpo, es decir que yo, por mi voluntad y habiendo esclarecido debidamente los criterios por los cuales lo hago, porte el embarazo de alguien que no puede hacerlo. Estimo que debe haber alguna forma de subsanar este aspecto.

Hay otro problema que tiene que ver con las Comisiones que se crean por ley, ya sea esta como cualquier otra. En este sentido, me gustaría hacer una sugerencia al Parlamento y es que se debería controlar su funcionamiento. Se crean Comisiones por ley que después, en muchas oportunidades, no tienen condiciones, no funcionan adecuadamente, ni pueden cumplir con los cometidos para los cuales fueron creadas. Si hay algo que debería existir en ese terreno es una unidad reguladora que controlara que los centros que aplican estas técnicas cumplan con las normativas que dispone la ley. Después sucede que las Comisiones no tienen condiciones porque no disponen de equipos fiscalizadores como para saber si aquellas normas que se establecen son luego cumplidas por las entidades que las prestan. De ser así no sería necesario generar una nueva Comisión, porque estas mismas situaciones podrían ser parte de las tareas que desempeña la Comisión Nacional de Bioética Humana del Ministerio de Salud Pública, ya que esto es parte de los dilemas bioéticos que tienen las prestaciones en salud. Digo esto porque, por ejemplo, no han funcionado adecuadamente las Comisiones de interrupción voluntaria del embarazo; es más, en períodos anteriores y hasta ahora tampoco se ha constituido la que tiene que atender las situaciones de interrupción más allá de las doce semanas.

En definitiva, estas Comisiones no funcionan y no quedan asentadas en ningún lado tareas muy importantes como son las que se les asignan; por ejemplo, asesorar, actualizar el conocimiento de profesionales, crear Consejos Asesores, considerar las solicitudes, etcétera. Hay mucha responsabilidad generada en esta Comisión, pero no tiene las condiciones suficientes como para llevarla a cabo.

Para terminar mi exposición quisiera mencionar algunas ausencias y debilidades del proyecto de ley. Como he mencionado anteriormente, en general la iniciativa dice poco sobre quiénes y en qué condiciones pueden aplicarse estas técnicas, o sea, los centros que las implementan. Lo cierto es que el proyecto de ley regula bastante poco este punto. No se establecen mecanismos efectivos -esto ya la mencioné- de control de los centros y equipos que las aplican, así como tampoco sobre precios y costos, de manera de evitar el lucro de estas prácticas. Tampoco se prevén reparaciones hacia quienes hayan sido afectados por la mala praxis en la aplicación de las técnicas. Y no incluye -lo cual sería una sugerencia que en otras oportunidades también hemos hecho en Comisiones similares- la recomendación en la formación de recursos humanos en las distintas disciplinas de la salud que, efectivamente, den generaciones de profesionales debidamente capacitados para implementar estas técnicas. De lo contrario, se vuelven centros ultra especializados, con un gran control -como muchas

veces pasa en otras especialidades de la medicina-que autorregulan los precios comprendiendo a quienes ejercen y ejecutan este tipo de técnicas. Esto luego genera un nivel de control de precios que se regula solo por el mercado de la oferta y la demanda. Entonces, deberíamos garantizar que haya generaciones futuras de profesionales en las distintas disciplinas vinculadas a la aplicación de estas técnicas de forma que esto esté incorporado, efectivamente, en la formación curricular que brinda, por lo menos, la Universidad de la República.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si tiene algún documento escrito le sugerimos que lo haga llegar por Secretaría.

Agradecemos la información brindada.

(Se retira de Sala la señora Abracinskas, directora de Mujer y Salud del Uruguay, MYSU.)

(Ingresan a Sala los representantes de la Asociación Movidos por la Vida.)

-La Comisión de Salud Pública tiene a consideración el proyecto de ley sobre técnicas de reproducción humana asistida, por lo que tiene el gusto de recibir a representantes de la Asociación Movidos por la Vida, señora María Inés Benítez y los señores Nicolás Portela, Gustavo Zúñiga y Juan Manuel Gutiérrez.

Por lo tanto, le cedemos el uso de la palabra.

SEÑOR PORTELA.- Antes que nada, agradecemos que nos hayan recibido en la tarde de hoy. Para nosotros es una oportunidad muy importante el poder expresar nuestras opiniones sobre este tema. De esta manera, Movidos por la Vida va a formar parte de este debate público parlamentario. Esperamos y deseamos que, por el bien de nuestra sociedad y de nuestra democracia, este debate sea real y fructífero, y que los puntos de vista y preocupaciones de las delegaciones sean tenidos en cuenta.

Luego de mencionar estos buenos deseos de parte de nuestra organización vamos a hacer una breve mención acerca de Movidos Por La Vida, para luego introducirnos directamente en el análisis del tema que hoy nos convoca.

Movidos por la Vida es una organización que viene trabajando con ahínco en la causa de la defensa de la vida humana y se caracteriza principalmente por dos particularidades.

Por un lado, es una organización de jóvenes, fundada, dirigida y promovida por ellos y, por otro, no tiene institucionalmente ninguna afiliación religiosa ni partidaria, conformando una extraordinariamente amplia y diversa columna de jóvenes con múltiples credos religiosos, sin credos, y con múltiples simpatías y adhesiones políticas o sin ninguna en particular.

Estas características que hacen a la esencia de nuestra organización, plantean cuestiones fundamentales. En primer lugar, como jóvenes, queremos transmitir el sentir de buena parte de este segmento de la sociedad, como actores protagonistas de la historia y de la construcción de nuestro propio futuro y el de nuestra Nación. En segundo término, los contenidos de esta disertación, así como nuestros argumentos, escapan, exceden, no se basan, ni parten de concepciones religiosas ni ideológicas. Nuestros análisis y principios se basan en hechos científicos objetivables y comprobables:

la vida humana comienza con la concepción y nuestra misión consiste en defenderla y promoverla en todas sus etapas, por principios humanistas fundamentales y una posición filosófica que adhiere a la concepción de los derechos humanos, siendo el derecho a la vida el primero de ellos y, además, inherente al individuo, al ser humano. Nos sentimos, por ello, absolutamente independientes y sin compromiso con nadie, ni nada más que con la causa que defendemos.

Mencionado todo esto, vayamos, sin más, al análisis del tema que nos convoca.

SEÑORA BENITEZ.- Buenas tardes a los señores Senadores.

Quiero empezar esta exposición haciendo una breve introducción sobre la base de la cual vamos a partir.

Como todos sabemos, la vida humana comienza desde el momento de la fecundación. Desde el momento en que un espermatozoide atraviesa la zona pelúcida y la membrana del ovocito, fusionándose los pronúcleos de uno y otro para reconstituir la fórmula genética, ya existe un nuevo individuo de la especie humana, distinto de sus progenitores y de cualquier otro. Sabemos que esto es así porque posee la fórmula genética de la especie, su cariotipo, que consiste en veintitrés pares de cromosomas -o cuarenta y seis cromosomas-, cuarenta y cuatro de ellos llamados autosomas, más un par sexual -XX en las mujeres y XY en los varones-.

Las técnicas de bandeo cromosómico -así como la técnica de bandeo "G"- ponen en evidencia un patrón de bandas alternantes único de cada especie -en este caso, de la especie humana-, presente en el individuo desde el momento de la concepción.

Este nuevo individuo que pertenece a nuestra especie, a su vez, es distinto de cualquier otro porque posee su propia identidad genética. Un análisis de marcadores VNTR -Variable Number Tandem Repeats- empleado en la medicina forense, lo distinguiría inequívocamente, tanto de sus progenitores, como de todo otro individuo de nuestra especie.

Esta identidad como miembro e individuo único de la especie humana se mantiene a lo largo de toda la vida: una vez que se produce la fecundación, no entra ni sale ninguna otra información genética. Por eso es importante saber que la vida misma del individuo comienza en el momento de la fecundación, no después, no en el momento de la implantación, ni después del segundo o tercer trimestre. Toda la información necesaria está presente desde la fecundación y no puede adquirirse en ningún otro momento. Es importante distinguirlo porque, muchas veces, se presta a confusión el hecho de que dividimos las distintas etapas del desarrollo y tendemos a pensar que, de alguna manera, terminan cuando comienza la vida.

Este relato es a los efectos prácticos de poder describir el desarrollo del individuo, lo cual no condiciona el hecho de que su vida comience al momento de la fecundación. Un recién nacido no es menos humano que un niño más desarrollado, un adolescente o un adulto, son etapas de la vida de un mismo individuo que no deja de ser humano.

No queremos hacer de nuestra exposición una clase de biología básica liceal, simplemente queremos dejar sentada la base de la cual partimos, que nos servirá para saber por qué estamos aquí planteando nuestras inquietudes acerca de este proyecto de ley de técnicas de reproducción humana asistida.

En este sentido, este proyecto de ley prevé técnicas de baja y alta complejidad que se dividen, fundamentalmente, en la inseminación artificial y fertilización in vitro propiamente dicha.

Todas las técnicas comienzan con una instancia de estimulación ovárica en la mujer interesada, con el uso de gonadotrofinas, a efectos de estimular la ovulación de múltiples ovocitos. Se monitorea ecográficamente, y cuando llega el momento adecuado se cosechan los ovocitos. Llegado a este punto, se separan ambas modalidades.

En la inseminación artificial se inyecta el semen de la pareja o de un donante en el tracto genital femenino, por vía transvaginal, y se espera a que ocurra la fertilización.

La fertilización in vitro tiene lugar fuera del cuerpo de la mujer. Un procedimiento puede ser por vía convencional, colocando los ovocitos extraídos por punción y aspiración con los espermatozoides en una placa de petri. La otra modalidad es el ICSI, o sea, la inyección intracitoplásmica del espermatozoide en el ovocito. Son dos modalidades de fertilización in vitro, pero ICSI es la más practicada actualmente.

Es aquí donde empiezan a plantearse nuestras inquietudes, por cuanto estas técnicas requieren una manipulación de estos individuos, que sabemos son de la especie humana y únicos, ya que estos embriones cultivados in vitro, cuando están en la etapa de mórula o blastocisto -dependiendo del estadío- se les extrae una célula para estudios genéticos y determinar su calidad; la palabra es, reitero, calidad.

De este modo, los embriones considerados defectuosos son descartados, o sea, destruidos. Este es el primer filtro, podríamos decir, eugenésico, porque individuos que son considerados imperfectos, que no cumplen con estándares de calidad, son deliberadamente destruidos.

Los embriones que no son descartados, pueden ser implantados en la mujer, hasta un máximo de tres, o conservados por congelación.

En el caso de que los embriones sean implantados, pueden suceder distintas eventualidades. Por un lado, que los tres embriones o alguno de ellos se pierdan por aborto espontáneo y no lleguen a implantarse. Por otro, que se implanten los tres y, en ese caso, hablaríamos de un embarazo múltiple, en el que se puede proceder a lo que se denomina una reducción selectiva, lo que significa que se abortan los embriones supranumerarios. Este es el segundo filtro por el cual, arbitrariamente, se decide que estos individuos, cuya vida comenzó por la propia técnica, sean eliminados por haber excedido el número.

Los embriones mantenidos por crioconservación, que se congelan en nitrógeno líquido, bien pueden implantarse, por ejemplo, si ha fallado el primer ciclo de fertilización; pueden ser donados a otras parejas o pueden ser empleados en experimentación con células madres embrionarias. Por cierto, este procedimiento es muy controvertido y hasta el momento, que nosotros sepamos, no se ha comprobado ningún beneficio claro para la salud y sí riesgos, además de que se destruyen y manipulan individuos de la especie humana.

Cabe agregar que de los embriones crioconservados que se vuelven a descongelar, sobrevive solamente el 20%.

Nos interesa recalcar todos estos elementos porque, además de que la manipulación de los embriones implica la destrucción de muchos de ellos, no es una práctica exenta de riesgo ni para la salud de los niños que llegan a nacer ni para la propia mujer que se somete al procedimiento.

Si el señor Presidente me permite, quisiera que continuara el señor Gutiérrez para que explique un poco más estos temas.

SEÑOR GUTIÉRREZ.- Antes que nada, quiero agradecer a la Comisión por habernos recibido.

A los elementos expuestos anteriormente, quiero agregar tres saldos que quedan luego de la fecundación in vitro.

El primero de ellos es la destrucción de muchos de los embriones concebidos. Al observar las sucesivas etapas del procedimiento queda claro cómo se van perdiendo embriones, desde el diagnóstico, la preimplantación y el descarte por ser considerados defectuosos, lo que implica que es

violado el derecho a la vida de varios individuos. O sea, el primer saldo es que hay embriones a los que se considera defectuosos y se los elimina.

El segundo saldo está muy relacionado con esto. Se trata de un aspecto terriblemente desgarrador y monstruoso, que sigue la lógica de los más grandes desastres de la historia de la humanidad -es duro decirlo-: se llama la eugenesia. Era lo que comentaba mi compañera: se selecciona, sobre la base de criterios arbitrarios de calidad y de perfección, a individuos mejor diseñados, discriminando y exterminando a aquellos considerados imperfectos, tal como era común en las civilizaciones antiguas, cuando se practicaba el infanticidio selectivo en los regímenes totalitarios. Conocemos, por ejemplo, el régimen espartano, donde los individuos considerados inferiores eran eliminados sistemáticamente. ¿Queremos reproducir eso? Es la misma discriminación que hoy estamos tratando de combatir con tanto ahínco; sin embargo, acá la estamos legitimando. ¿Estamos tratando de combatir la discriminación por distintos motivos -raza, sexo, religión- y vamos a discriminarlos por su defectuosidad, por su no perfección, cuando estos también son seres humanos?

Adicionalmente, se pretende manipular a individuos, ya sea para conservarlos o experimentar con ellos, como si se tratara de especímenes de su propiedad. Estos seres provienen de los mismos padres. Entonces, me pregunto: ¿Acaso los padres dejaron de tener patria potestad sobre esos niños que son hermanos del seleccionado? ¿Los abandonaron? ¿Los embriones sobrantes pueden ser donados y comercializados para su uso? Su estatuto deja de ser de persona para ser una cosa. En la misma experimentación, en la que no se permiten humanos sin su consentimiento informado, sin embargo se legitima sobre seres humanos que no tienen voz, porque están en sus primeras etapas de desarrollo.

Y como tercer y último saldo, queremos decir que la fecundación in vitro es una táctica que conlleva un riesgo mentado, tanto para la salud de la mujer como para los hijos concebidos por esta técnica. La terapia de hiperestimulación hormonal a la que se somete la mujer no está exenta de riesgos. Por ejemplo, existe el síndrome de hiperestimulación ovárica, que en casos graves puede requerir hospitalización e, incluso, drenaje. Asimismo, se ha demostrado que en los niños concebidos por esta técnica hay un claro aumento de la incidencia de prematurez -que en nuestro país configura un grave problema de Salud Pública- y un problema de bajo peso al nacer, junto con todos los riesgos a su salud que esto comporta, como trastornos al desarrollo y crecimiento, mayor incidencia en enfermedades respiratorias, infecciones, secuelas neurológicas, etcétera.

Me gustaría cederle la palabra al compañero Gustavo Zúñiga, y nuevamente les agradezco esta oportunidad.

SEÑOR ZÚÑIGA.- A modo de reflexiones finales para concluir, quiero decir lo siguiente.

Hemos visto que el actual proyecto de ley plantea enormes agravios éticos, sobre todo en lo referente a la legislación en las técnicas de alta complejidad. Aunque no nos extenderemos en este punto por motivos de tiempo -ya lo preveíamos-, también queremos decir que crea enormes problemas legales y éticos en relación con la filiación, que creemos deben ser estudiados a fondo y hacemos desde ya la advertencia.

Como personas y como organización social sentimos un absoluto entendimiento de la situación desesperante que pasan muchas parejas que quieren ser padres y no pueden lograrlo. Sin embargo, nos hacemos la siguiente pregunta: ¿el fin justifica los medios? En esta sociedad materialista, individualista y de consumo nos hemos acostumbrado, lamentablemente, a que lo que queremos lo tenemos que tener, y en esa manera de vivir nos estamos autodestruyendo. Hemos perdido la paciencia y los niveles de tolerancia ante el fracaso o los imprevistos tienden a ser cero. Progresivamente, hemos separado a la ética de nuestros actos y hemos justificado fines con medios atroces. Acá hacemos hincapié en un asunto que nos preocupa: hoy por hoy los cambios culturales andan acompañados, irreflexivamente, por el Derecho con base a la cultura sin más. Nosotros, como todos aquellos que creen en los derechos humanos, pensamos lo contrario: si la cultura crea algo, el Derecho no tiene por qué admitirlo o legislarlo; no es condición suficiente ni necesaria. ¿Por qué decimos esto? Porque en nuestra convivencia como comunidad, los derechos humanos de innumerables grupos de seres humanos son violados diariamente y el Derecho tiene el deber de ser,

inexorablemente, el arma de protección de esos indefensos. Hemos perdido la confianza plena en las instituciones y en el efecto que ellas pueden lograr como herramientas pedagógicas y de cambio social. El Derecho es el encargado de proteger los derechos humanos de todos y por eso tiene la misión de revertir las conductas, prácticas y actos que los violen. Estamos hablando, ni más ni menos, del principal rol del Estado.

Pensamos, señores Senadores, que este proyecto de ley efectivamente viola derechos humanos y que, por ello, no debe aprobarse. Creemos firmemente que no existen derechos al niño sino derechos del niño, así como que tampoco existe el derecho a ser padre sino el derecho a la vida.

La pregunta que surge instantáneamente es si estamos dispuestos a asumir las consecuencias éticas de ir contra esos derechos, contra vidas humanas. Es que ni aun en el caso de los pacientes candidatos a trasplantes, cuya vida depende de que aparezca un donante o no, se priva deliberada y arbitrariamente a otros de su vida para obtener sus órganos y atender las necesidades de esos pacientes. ¡Cuánto menos admisible es la manipulación y descarte de seres humanos para experimentación o enarbolando, como bandera, un supuesto "derecho a los niños", en vez de hablar de los derechos de los niños! Ningún ser humano puede ser considerado objeto de otro.

Vemos que se continúa desprestigiando y desvalorizando la vida como un valor y un derecho humano, y eso nos preocupa. Y aquí queremos llamar la atención, con el más absoluto respeto que se merecen, a los Legisladores que han mostrado, en instancias legislativas previas, una valoración de la vida humana desde la concepción y que con este proyecto de ley no están actuando de igual manera. Han votado negativamente leyes como las del aborto, pero están dispuestos a votar favorablemente el presente proyecto. ¿Por qué? ¿Qué diferencias tienen aquellas vidas que se pierden con un aborto y estas que se pierden por fecundación in vitro? ¿Para ustedes unos tienen derechos y otros no?

Estimados Legisladores: los exhortamos a no aprobar un proyecto de ley que perjudica a muchos. Extendamos la mano de solidaridad a las parejas en dificultades para concebir y brindémosles una ayuda afectiva y psicológica para sobrellevar la situación y revertirla. Pongamos nuestras energías en el fomento de la adopción, por la que se benefician los miles de niños que esperan por padres y las parejas infértiles que buscan concretar su sueño de serlo. Estos son los caminos, a nuestro entender.

Les pedimos que nos permitan continuar creyendo, como jóvenes, en la igual dignidad que tienen todos los seres humanos porque, como decía nuestro Prócer, José Artigas: "No venderemos el rico patrimonio de los orientales al bajo precio de la necesidad".

Gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Pedimos a nuestros invitados que nos dejen el documento que han traído y les agradecemos su presencia.

(Se retira de Sala la delegación de la Asociación Movidos por la Vida.)

(Ingresa a Sala el representante de la Asociación Familia y Vida, licenciado Néstor Martínez.)

-La Comisión de Salud Pública del Senado, en virtud de la consideración del proyecto de ley relativo a reproducción humana asistida, tiene el gusto de recibir al licenciado Néstor Martínez en representación de la Asociación Familia y Vida. Comunicamos a nuestro invitado que dispone de quince minutos para hacer su exposición. Sin más, le cedemos el uso de la palabra.

SEÑOR MARTÍNEZ.- La Asociación Familia y Vida agradece que esta Comisión nos reciba, aunque los demás miembros no pudieron concurrir hoy por distintas razones. Voy a dejar aquí un material impreso que he traído.

Ante todo queremos decir que el ser humano existe desde la concepción. A nosotros eso nos parece un dato científico y pensamos que la única forma de plantear una cuestión filosófica sería admitiendo la espiritualidad del alma humana, un alma espiritual e inmortal, que tuviese que infundirse en algún momento posterior a la fecundación en el cuerpo. Desde una postura materialista, el caso del hombre no sería esencialmente distinto del de otros animales y nadie se pregunta en qué momento después de la fecundación un perro comienza a ser un perro. Lo más lógico y dada la continuidad es que en el único momento en que empieza a existir algo es después de la fecundación.

Cuando el doctor Bossano estuvo acá rechazó la definición entre preembrión y embrión, y dijo que luego de la fecundación hay un sujeto vivo. Además, ante la duda es obvio que hay que evitar, ante todo, el riesgo de atentar contra el derecho a la vida de otro ser humano. Estos son los puntos de partida desde los que queremos hacer nuestra exposición, sobre todo teniendo en cuenta que estamos hablando del ser humano, que desde la modernidad se considera que es la justificación y la razón de ser de la sociedad: la persona y el individuo humano, los Derechos del Hombre, etcétera.

A este ser humano en este proyecto de ley lo vemos primero producido artificialmente, como si fuera una cosa y no una persona. Lo vemos sometido a una selección en base a criterios de calidad por los que se decide si va a seguir viviendo o no. Evidentemente, no se van a crioconservar los que hayan sido hallados defectuosos -que son inmediatamente eliminados-, porque además hay que tener en cuenta lo cara que es la crioconservación. Hay un espíritu eugenésico que nos parece que no se puede eliminar de estas prácticas, dado que el diagnóstico genético preimplantatorio es una forma de seleccionar y también de discriminar a los seres humanos ya existentes o ya concebidos en función las enfermedades que puedan tener. Incluso, se ha descubierto que hay enfermedades ligadas al sexo y se ha abierto el campo también en función de esa variable. En caso de que haya sido seleccionado para ser implantado en el útero este ser humano va a ser conservado por un tiempo en estado de congelación, y en cierto modo convertido en propiedad de una pareja que ha pagado una cantidad por él y que si quiere hasta lo puede donar. La definición de esclavitud ha sido esa siempre: que una persona es propiedad de otra.

Esta información ahora debe ser vieja, pero cuando la recogimos decía que en Estados Unidos había 500.000 embriones congelados y solo el 2% había sido implantado. En España fueron 200.000. En Gran Bretaña, desde 1991 a 1998 se produjeron 750.000 y se desecharon 237.000, de los cuales 48.000 se usan en investigación y quedan 465.000 que no saben qué hacer con ellos, pero cuyo destino final va a ser la destrucción. Además, la congelación daña la salud de los embriones y todo eso hace que el porcentaje de embriones descongelados que después son viables sea muy pequeño. Hay una serie de estudios muy interesantes que hablan de todo ese panorama, que cuando uno lo mira en la realidad concreta es bastante dantesco. En las universidades de Barcelona ofrecían 100.000 pesetas a las jóvenes que donaran sus óvulos, por las molestias producidas, etcétera. Pero la realidad es que los embriones congelados nadie los quiere porque son mejores los embriones frescos. A estas jóvenes les ofrecen 100.000 pesetas, habiendo 30.000 embriones congelados que no son utilizados por sus titulares. Eso es lo que dice una profesora de la Universidad de Barcelona. Todos quieren embriones de primera -existe una mentalidad muy consumista incluso respecto del propio ser humano; todos desean productos de primera calidad-; entonces resulta evidente que la congelación es, en general y en buena medida, el paso previo a la destrucción del embrión.

Acá se habló de la inyección de esperma en el óvulo -ICSI-, técnica que se utiliza cuando el espermatozoide tiene problemas para lograr la fecundación. En este caso, el riesgo evidente es trasmitir al hijo la discapacidad genética, es decir, la infertilidad, que puede ser de origen genético.

La fecundación in vitro afecta negativamente la salud de los embriones. La estimulación hormonal a la que se somete a la mujer puede tener ese efecto. Un 40% de los productos de esta técnica presentan anomalías cromosómicas. Solo el 20 % de los transferidos llega a implantarse en el

útero, etcétera. Quiere decir que hay un daño evidente que se produce al ser humano cuando se aplican estas prácticas.

En el artículo 16 del proyecto de ley se establece que los gametos y embriones no transferidos se conservarán por el lapso que determine la reglamentación. De ello se desprende que luego serán destruidos. Evidentemente, se está diciendo que no se pueden conservar para siempre, lo que es obvio; pero, además -como dije antes-, en realidad nadie los va a querer.

Otro problema es el de los embriones que se implantan. Como estas técnicas tienen un porcentaje de fallo tan alto, y solo un porcentaje muy pequeño de los embriones que se implantan llegan a nacer, la realidad es que se implantan varios. En el proyecto de ley se establece un límite de tres. Ahora bien; quizás la mujer no quiera tres, sino uno solo; y a lo mejor los tres embriones, o dos de ellos, emprenden el camino. Obviamente, esto ya abre la puerta al aborto procurado, sobre todo cuando en la aplicación de estas técnicas los embarazos múltiples son muy frecuentes precisamente por la forma de trabajar, dado que es necesario implantar muchos embriones para que alguno llegue a término. En este punto nos preguntamos si esos abortos seguirán todos los pasos que se estipulan en la recientemente aprobada ley de aborto, es decir, la consultaría y demás. Nos preguntamos si en las clínicas se va a hacer eso. Es más, nos preguntamos si se está haciendo ahora. Me parece evidente que será muy difícil controlar que se cumpla con la ley en ese aspecto. Y recordemos siempre que estamos hablando del derecho a la vida.

En cuanto a la efectividad de estas técnicas, los informes terminan diciendo que de los embriones que se producen, aproximadamente un 4% llega a nacer. Hablamos de un 4% de los embriones producidos. Comparemos este dato con el de los abortos naturales. Las cifras más radicales que uno encuentra por ahí dicen que un 50% de los óvulos que se fecundan llegan a nacer; acá tenemos un 4%. La diferencia es abismal. Haciendo la cuenta, podemos decir que por cada niño que nace de modo natural, muere otro; ahora bien, por cada niño que nace por fecundación in vitro, han debido morir unos 23. Quiere decir que hay 22 cuya muerte no puede achacarse a la naturaleza, sino que es responsabilidad compartida de quienes promueven, solicitan y aplican estas prácticas. Esto significa que si hoy en el mundo hay alrededor de un millón de nacidos por fecundación in vitro -y puede que la cifra sea vieja-, existen ya 22 millones de muertes que deben achacarse a esa técnica y no a la naturaleza.

Con respecto al tema de la investigación con embriones, hay una nota interesante que dice que en Estados Unidos hay financiación para ello, pero solo el 2% de los embriones congelados son cedidos por las parejas para ser utilizados en investigación. Evidentemente, eso no alcanza. Por lo tanto, hay dos salidas: clonar esos embriones a fin de que haya la cantidad necesaria -millones, según se dice- para que la industria pueda salir adelante, o -dado que aun clonando harían falta óvulos- comprar óvulos en las universidades norteamericanas. US$ 4.000 se llega a pagar a las mujeres por sus óvulos.

Alguna de las complicaciones que sufren las mujeres por esa práctica repetida de donación de óvulos son: síndrome de distrés respiratorio agudo, fallo renal, torsión ovárica y síndrome de hiperestimulación ovárica que puede causar infertilidad, problemas tromboembólicos, ictus, ataque cardíaco e, incluso, la muerte.

La autora Julia Derek en su libro “Confesiones de una donante de óvulos en serie” cuenta que a ella le pagaban US$ 3.500 por cada donación, hasta que su cuerpo colapsó. También se hace referencia a que una mujer comentó que su hija de 32 años, que era una donadora de óvulos compulsiva, finalmente murió. Aquí vemos un desprecio de la mujer, a quien se la trata como una simple abastecedora de óvulos.

Está estudiado que hay consecuencias negativas con relación a la salud del nacido. Hay mayor grado de malformaciones, secuelas neurológicas como retraso mental y defectos de la visión. El 10% de los niños nacidos por fecundación in vitro tiene disfunciones, lo que se da en menos de un 5% de los niños concebidos de forma natural. También se da una mayor frecuencia de enfermedades raras, debidas a cambios en el material genético. Se presenta un riesgo 15 veces mayor de tener un déficit motor grave, se observa bajo peso al nacimiento y algunas enfermedades congénitas como el síndrome de Becwith-Wiedmann, una enfermedad muy rara que, últimamente, se ha dado en forma frecuente. Quienes tienen esta enfermedad presentan órganos anormalmente desarrollados, defectos abdominales, mayor riesgo de tumores de carácter embrionario. Se dice que ese extraño aumento en la enfermedad se debe a la fecundación in vitro. Se habla de una mayor incidencia en problemas de salud, etcétera.

Por otro lado, tenemos las consecuencias sicológicas. Cuando el tema se discutió en el Parlamento francés, el Ministro de Sanidad, François Mattei, habló de “encarnizamiento procreativo”. El Presidente del Comité Consultivo Nacional de Ética, Didier Sicard, decía: “¿se tiene derecho a exponer al niño deliberadamente a riesgos médicos o psicológicos? ¿Hasta qué punto se deben aceptar las exigencias de las parejas? Estas prácticas ponen en juego a un tercero: el niño. ¿Quién se acuerda de él?”

También pensemos en las relaciones familiares tan extrañas que se plantean a partir de estas técnicas. El artículo 2º del proyecto de ley dice: “Las técnicas de reproducción humana asistida podrán aplicarse a toda persona como principal metodología terapéutica de la infertilidad”, pero después se incluye a las parejas homosexuales. No hay ninguna terapia de infertilidad en el caso de una pareja homosexual porque no son infértiles. Se entiende que la infertilidad es una especie de disfunción, si no es una enfermedad, pero en el caso de las parejas homosexuales no se da una disfunción, simplemente, por su naturaleza no pueden tener hijos. Y siempre llegamos a la misma pregunta: ¿qué pasa con el niño?

Voy a mencionar algunas situaciones que se podrían dar. Una pareja heterosexual con un donante masculino, otro femenino y un vientre de alquiler: dos padres y tres madres. Una pareja homosexual masculina con un donante masculino, otro femenino, un vientre de alquiler: dos padres y tres madres. Una pareja homosexual femenina con un donante masculino, otro femenino, un vientre de otra mujer: un padre y cuatro madres. ¿Cómo se le explica la situación a ese niño?

SEÑOR PRESIDENTE.- En primer lugar, quiero recordarle al señor Martínez que tenemos un límite de 15 minutos para la exposición del que ya nos hemos excedido y, en segundo término, quiero señalarle que en el proyecto de ley que tenemos a consideración y que, seguramente, usted habrá visto, la maternidad subrogada no plantea, ni permite ninguna de esas hipótesis. Por eso, le pediría que priorizara y fuera redondeando su exposición.

SEÑOR MARTÍNEZ.- Sobre el tema de la identidad se ha hablado bastante y como señaló el doctor Langón, es un conflicto insoluble. A las compañías no les sirve que se conozca la identidad del donante, aunque existe el derecho del ser humano a conocer su origen consagrado en el Pacto de San José de Costa Rica. Cuando en países como Suecia se impuso por ley que se pudiera conocer al donante, bajó drásticamente la cantidad de donaciones. Además, por el doctor Montes que vino acá nos enteramos que un varón puede llegar a cobrar $ 50.000 por concepto de viáticos y una mujer $ 80.000, lo que aclara la pregunta de por qué se da la donación, una actividad que, en principio, parecería que no fuera tan fácil decidirse a realizar.

El texto del proyecto de ley dice que la donación es un acto honorario, pero eso se contradice con la realidad. Se ha propuesto que la ley siga diciendo eso y luego la reglamentación diga lo contrario, pero entonces parecería que la reglamentación es ilegal. El artículo 11 dice: “Prohíbese toda

transacción económica relativa a la donación de gametos". Pero, como dijo el doctor Langón si no hay una sanción esto queda en nada porque después el reglamento hará lo contrario.

También hay que hablar del costo que representa esto para el Estado. Estas técnicas son muy caras. Son 500 parejas por año, nada más. Entonces, ¿tiene sentido embarcarse en algo que tiene desventajas tan grandes en comparación con lo que se espera obtener?

Finalmente, hay una sentencia de Tribunal de Justicia de la Unión Europea de 2011 que prohíbe patentar cualquier idea que para lograrla haya habido que experimentar o investigar con embriones humanos, y define al "embrión humano" como el óvulo desde la fecundación.

En definitiva, nos parece que la única forma de regular estas prácticas es prohibiéndolas porque está en juego la dignidad de la persona humana, el derecho a la vida que es la base misma de la convivencia democrática.

Muchas gracias.

SEÑOR AGAZZI.- Tengo una pregunta para el señor Martínez, quien tiene una posición drástica y contraria al proyecto de ley, para entender hasta dónde va el radicalismo de su posición. En este Parlamento tenemos la costumbre política de recibir a todos, aun a quienes están en contra de lo que nosotros hacemos, porque pensamos que así debe ser.

Tengo la curiosidad de preguntarle lo siguiente, para entender hasta dónde va el radicalismo de su posición. Si tenemos una pareja normal, integrada por una mujer que produce óvulos normales y un hombre que produce espermatozoides normales pero que por algún pequeño problema en su funcionamiento no pueden lograr que el espermatozoide fecunde al óvulo. Existe algo muy sencillo -pienso que es la mínima ayuda que estas técnicas pueden brindar a una pareja- que es ayudar a que el espermatozoide fecunde al óvulo a través de la inseminación. ¿Usted tendría una posición contraria a la inseminación artificial teniendo en cuenta que permitiría esto?

SEÑOR MARTÍNEZ.- La inseminación artificial es otro tema. La objeción principal que planteé fue la cantidad de vidas que se pierden. Cada un nacimiento, hay nueve seres humanos que han quedado por el camino. Yo no creo que con la inseminación haya ningún problema de vida para nadie.

SEÑOR PRESIDENTE.- Le agradecemos su presencia.

(Se retira de Sala el licenciado Néstor Martínez, de la Asociación Familia y Vida.)

(Ingresan a Sala representantes de la Asociación Civil Uruguay Procrea.)

-La Comisión de Salud Pública tiene el gusto de recibir a la Asociación Civil "Uruguay Procrea" cuya delegación está integrada por las señoras Noelia Ferreira, Verónica Opazo, Nancy Silva y el señor Fernando Aguilar.

SEÑORA SILVA.- Agradecemos a la Comisión por recibirnos.

Estamos ansiosos, contentos y llenos de esperanza porque se está estudiando firme y detalladamente este proyecto de ley que, a nuestro criterio, promueve la vida, la salud, una sociedad

más justa, más inclusiva y democrática. En tal sentido, traemos algunas sugerencias o aportes que nos gustaría brindar a la Comisión a los efectos de aclarar y agilizar determinados puntos.

SEÑOR PRESIDENTE.- No les aclaré que tenemos previsto 15 minutos para escuchar a cada delegación. De manera que les pediría que traten de circunscribirse a ese plazo de tiempo y sean lo más concretos posible.

SEÑORA SILVA.- Estamos siguiendo paso a paso desde un principio, la discusión de este proyecto de ley a través de las versiones taquigráficas.

Nos vamos a referir a cada artículo, tal como lo hacen ustedes en el trabajo de la Comisión. Por ejemplo, en el artículo 1º de este proyecto de ley -que esperamos sea pronto una ley- no es bueno detallar las diferentes técnicas de fertilización que actualmente se aplican porque lo que hoy es una técnica de alta complejidad -como es el caso de la fertilización in vitro- tal vez no lo sea en el futuro dados los avances que tiene la ciencia y la biología en estos aspectos. Creemos que lo más importante sería detallar que son técnicas que apoyan la concepción.

En cuanto al artículo 4º, creemos que limitar la edad de la mujer constituye una discriminación. Este proyecto de ley pretende ser inclusivo, entonces consideramos que discriminar no estaría dentro de sus propósitos. Entonces, proponemos que se revea este punto y sea el médico, el equipo médico tratante o la clínica y la paciente quienes determinen la edad.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si interpreto bien, usted se está refiriendo al literal a) del artículo 6º.

SEÑORA SILVA.- Tiene usted razón, me estaba refiriendo al artículo 6º y no al 4º.

En relación al artículo 9º, que limita la cantidad de embriones a transferirse, proponemos que se transfiera un máximo de tres, por ciclo o, en su defecto, dejarlo a criterio de la paciente y del médico, según cada caso particular. En este proyecto de ley, cada caso es particular porque no todos precisamos la misma técnica y demás.

En el artículo 11 se dice expresamente que la donación de gametos debe ser anónima, honoraria, pero consideramos que es un texto bastante confuso porque no queda claro lo que refiere al donante.

Asimismo, hay un artículo -cuyo número ahora no recuerdo- que plantea límites en la edad para los donantes, porque debe tener entre 18 y 25 años. A su vez, el proyecto de ley propone un tema que nos resulta sumamente interesante y es el que más nos seduce. Me refiero a que con la aplicación de esta ley se prohibiría toda transacción económica con material genético, cosa que al día de hoy no sucede; los óvulos y el esperma se compran y se venden. En este proyecto de ley eso se sanciona, y nosotros estamos encantados por el hecho de que eso suceda. De la misma forma que la sangre no se vende, nos parece que esto iría en la misma línea.

Para no confundirnos con el discurso, si se plantea que una persona que va a donar su esperma o su óvulo debe tener entre 18 y 25 años, y no va a haber transacción económica, nadie va a donar; por lo menos la mujer no lo podrá hacer. ¿Por qué? Porque en el caso de la mujer la donación es sumamente complicada ya que se requiere de un quirófano, medicación, inyecciones, anestesia; y si nadie les va a pagar por eso, no lo harán. La única mujer que lo hará es aquella que es donante y paciente que, evidentemente, no va a tener entre 18 y 25 años, a no ser que a esa edad ya se haya descubierto que tiene una patología, pero no será una persona con las características que plantea este proyecto de ley. Me parece que habría que rever este aspecto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Me gustaría aclarar que en la versión que estamos considerando no se establecen límites de edad para la donación.

SEÑORA SILVA.- Pido disculpas, entonces, porque estoy un poco desactualizada.

El artículo 12 habla de la información sobre el fenotipo, que es la que determina las características físicas de la persona, el aspecto exterior. Estuvimos leyendo este artículo y quizá no lo interpretamos bien porque, en general, no somos profesionales; somos personas que tienen experiencia, que sufren este tema. Cuando uno va a una clínica de fertilidad a realizar un tratamiento de este tipo -ya sea de baja, media o alta calidad, o complejo-, porque no tiene óvulos o esperma, no pide tener un hijo con determinadas características, simplemente quiere tener un hijo parecido a uno. Por lo general, el acuerdo que existe entre la clínica, el médico y el paciente es ese. Creemos que sería bueno que eso lo pudiéramos definir nosotros y no que lo limite la ley. Sin embargo, con esto no queremos decir que estamos discriminando, no le demos una connotación negativa a la palabra "discriminar". No olvidemos que todos discriminamos, por ejemplo, al levantarnos, con la ropa que nos ponemos, etcétera. Lo que digo es que, en mi caso, si mi esposo es de tez blanca y ojos claros y yo tengo tez blanca y ojos medianamente claros, quiero un hijo parecido a nosotros.

SEÑORA MOREIRA.- Hay que decir que el proyecto de ley protege ese aspecto. El artículo al que la señora Silva se refiere, que para nosotros es el 14, va exactamente en ese sentido, es decir, que el receptor de gametos o embriones tiene derecho a obtener información general sobre el fenotipo. No se preocupe por ese aspecto porque ya está contemplado.

SEÑORA SILVA.- Muchas gracias, señora Senadora.

El artículo relativo a la transferencia de embriones o gametos de personas fallecidas también ha generado mucha controversia. Nosotros estamos bastante de acuerdo con el planteo de los señores Senadores y creemos que una vez que muere la persona también muere todo lo biológicamente relacionado a ella, pero tenemos un dilema. Supongamos el caso de un hombre que dona de forma altruista y honoraria a una clínica o laboratorio, que no necesita estas técnicas para ser padre. ¿Se prevé el seguimiento de si la persona está viva o muerta en el momento de la transferencia de ese material genético? Porque si se limita para una cosa lo tenemos que hacer para todo o, de lo contrario, dejarlo en forma amplia. No sé si comprenden lo que estoy planteando. Habría que hacer un seguimiento con la base de datos de los donantes.

SEÑORA FERREIRA.- En caso de deceso de uno de los integrantes de la pareja, el que sobrevive tiene la patria potestad sobre los embriones para hacer una transferencia posterior. En leyes de otros países esto está contemplado. Lo que decía la señora Silva, en términos generales sería una contraposición de temas para ver el absurdo de las cosas, es decir, si uno dona y se muere, nadie se entera, pero si es una pareja la que quiso tener un hijo y se muere un integrante de la misma, eso queda trunco. Pero en realidad el que quedó vivo tiene la patria potestad, lo cual se puede firmar en el momento de hacer la criopreservación de embriones; el consentimiento informado puede prever la patria potestad en el caso del deceso de uno de los miembros de la pareja.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tomamos nota de la sugerencia de incluir en el artículo 8º, el relacionado con la donación post mortem, de que se requiere prever la situación del donante anónimo que hubiera fallecido.

SEÑORA MOREIRA.- El tema del fallecido es por el vínculo filiatorio, quiere decir que esto con el donante no tiene nada que ver. No importa el fallecimiento del donante, lo que nos preocupaba es el vínculo filiatorio, y eso se produce con la donación en una pareja, y no con el donante que no genera ningún vínculo filiatorio con el nacido del resultado de la técnica. El donante de una pareja genera vínculo filiatorio; después sería hijo de la mujer.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si entiendo bien, el planteamiento que hizo originalmente la señora Silva tenía que ver con que nuestra actual redacción del artículo 8º, que puede estar perfectamente justificada como dice la señora Senadora Moreira, no prevé cómo se resuelve el tema del fallecimiento del donante anónimo. Y desde el punto de vista de ellos como Asociación, creen que esa situación debería estar prevista y que ese aspecto no se debería concretar. O sea que el donante anónimo debe tener un tratamiento similar al que tiene el donante que es parte de una pareja.

SEÑORA SILVA.- Otro tema a analizar tiene que ver con el artículo 14 del texto que tenemos en nuestro poder, que se refiere a la creación por parte del Instituto Nacional de Órganos y Tejidos de un

banco de gametos.

SEÑORA MOREIRA.- Ahora es el artículo 15.

SEÑORA SILVA.- Estamos de acuerdo con la creación de un banco único de gametos a futuro, pero creemos que es fundamental que se controlen los ya existentes. Es decir que no hay que atrasar o posponer esta ley con la condición de que el banco no es estatal.

SEÑOR GALLO.- Supervisado y controlado por el Ministerio de Salud Pública.

SEÑORA SILVA.- Por otra parte, leímos que en el articulado se propone la creación de una Comisión Honoraria de Técnicas de Reproducción Asistida. Al respecto, planteamos que queremos formar parte de esa Comisión, en el sentido de que vemos que está compuesta por diferentes integrantes idóneos en el tema -profesionales, representantes de los diferentes Ministerios, médicos relacionados con la ética y la bioética-, pero no encontramos ningún representante de los usuarios. Particularmente es lo que nos interesa, ya que hace muchos años que estamos trabajando a este respecto.

SEÑOR GALLO.- ¿Tienen alguna idea acerca de cómo debería ser elegido ese representante de los usuarios?

SEÑORA SILVA.- Creemos que debe ser elegido democráticamente por los usuarios.

SEÑORA MOREIRA.- ¿Están organizados?

SEÑORA SILVA.- Sí, somos varias organizaciones. Uruguay Procrea es la única que cuenta con personería jurídica. Justamente, hemos gestionado los trámites para estos casos. Vamos a conversar con las otras organizaciones y luego les presentaremos la propuesta.

(Se suspende momentáneamente la toma de la versión taquigráfica.)

-Finalizando con nuestra intervención, queremos hacer hincapié en lo que tiene que ver con el artículo -no recuerdo con exactitud su número- que refiere al vientre de alquiler, vientre subrogado y vientre donado.

Estamos de acuerdo con que aquellas mujeres que no pueden llevar adelante un embarazo por alguna patología en la matriz o por la falta de la misma, tengan a alguien que pueda hacerlo por ellas. Por otro lado, encontramos una limitante en el proyecto de ley con respecto a que las personas que podrían ser prestadoras de ese útero sean por línea consanguínea, es decir, madre, hermana o tía. Pero, ¿qué pasa en caso de que no cuente con las mismas? ¿No tienen derecho? Habría que rever ese punto para no limitar a estas mujeres. Si apuntamos a la inclusión, me parece que habría que rever ese camino.

Con respecto a los costos -este es uno de los temas más complicados que tiene este proyecto de ley debido a los valores que se manejan y a quién financiará los tratamientos, si será el Ministerio de Salud Pública o el Fondo Nacional de Recursos-, Uruguay Procrea propone hacerlo con un subsidio compartido, es decir, entre la pareja y el Estado, o la clínica privada, o los médicos, de tal manera de que pague más quien tiene más y el que realmente no puede pagar, que no lo haga, pero que no se quede sin el servicio de salud, tal como opera hoy en día el sistema impositivo. Hay parejas que pueden pagar determinada cantidad de dinero, pero otras no. Por este motivo, estamos abiertos a cooperar. No sé si lo expuesto ayuda a resolver este dilema.

Con respecto al Fondo Nacional de Recursos, advertimos que habría que crear un área de trabajo que hoy en día no existe, en lo que tiene que ver con la reproducción humana asistida. Quizá esto podría estar a cargo del Ministerio de Salud Pública que, por cierto, en el año 2009 realizó un plan piloto, destinando dinero para este tipo de técnicas. Como todos sabemos, ese plan se suspendió, pero no sabemos qué sucedió, pues el panorama no fue nada claro. Lo que sí quedó claro es que hubo

embarazos, que se crearon vidas. Precisamente, en esta delegación está presente una compañera, que es madre de hermosos mellizos, que nacieron gracias a la aplicación de estas técnicas realizadas en el Hospital Pereira Rossell.

Como dije antes, quizás el camino sería que se hiciera cargo el Ministerio de Salud Pública y que las parejas se seleccionaran de acuerdo con sus posibilidades económicas.

Además, como somos tantas las parejas que estamos en esa situación, pensamos que los costos podrían bajar sustancialmente. En la actualidad, se atienden en forma particular alrededor de quinientas parejas al año, pero somos más. Por eso, planteamos el tema del subsidio compartido.

SEÑOR AGUILAR.- En cuanto al tema del vientre subrogado, entiendo que el miedo es que se realice un contrato oneroso. Eso se podría evitar estableciendo la obligación de que el contrato sea público y que quede en claro que se trata de un hecho altruista. Habría que buscar la forma adecuada, pero no limitarlo a una hermana o una madre, o sea, abrir las posibilidades a otras personas, por ejemplo, amigas.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quisiera saber si la delegación dispone de una presentación por escrito de todo lo que han planteado.

SEÑORA SILVA.- Sí, lo podríamos presentar por escrito.

SEÑOR PRESIDENTE.- Disponemos de la versión taquigráfica, pero en una presentación escrita estarían contemplados todos los puntos que interesan a la delegación.

SEÑORA SILVA.- El tema es que a nosotros, que podríamos estar alcanzados por una ley de este tipo, plantear estos temas nos provoca una gran emoción.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos su presencia.

No habiendo más asuntos, se levanta la sesión.

(Es la hora 19 y 9 minutos.)